

Fármacos: mediana 9,2; diuréticos 62%, ISRAA 50%, estatinas 67%, anticoagulantes orales 15%. Comorbilidades: HTA 93%, DM2 48%, privación sensorial 38%; ICC 29%, fibrilación auricular 23%, cardiopatía isquémica 23%, enfermedad cerebrovascular 15%. Analítica basal: FG medio 15,8; Hb 11,9; sodio 139; potasio 4,8.

Ingreso hospitalario en el 45% de los pacientes. Causas: complicación cardiovascular 26%, infecciosa 21%, ictus 6%, sangrado 5%, otros 13%. Entrada en diálisis 22%. Fallecimiento: 13 pacientes.

El ingreso hospitalario se asoció con (análisis univariante): edad  $\geq 80$  años ( $p=0,001$ ), CIRS-G  $>2,5$  ( $p=0,006$ ), Barthel  $\geq 80$  ( $p=0,001$ ), Hb  $\leq 11,5$  ( $p=0,023$ ), HUGO  $\geq 9$  ( $p=0,006$ ), ISRAA ( $p=0,027$ ).

Análisis multivariante permanecen: edad  $\geq 80$  años ( $p=0,008$ ), Barthel  $\geq 80$  ( $p=0,037$ ), HUGO  $\geq 9$  ( $p=0,008$ ), menor uso de ISRAA ( $p=0,044$ ). Tendencia estadística con CIRS-G  $>2,5$  ( $p=0,057$ ).

### Conclusiones:

1. Nuestros pacientes con ERCA presentan alta comorbilidad y alta carga de enfermedad cardiovascular.
2. Un mayor deterioro funcional junto con la edad y la mayor puntuación en la fórmula HUGO se asocian con el ingreso hospitalario, mientras que el uso de ISRAA actuaría como factor protector.
3. La multimorbilidad que acompaña a estos pacientes podría ser un factor que incrementa el riesgo de hospitalización.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.268>

### PC-123

#### Variables asociadas a polifarmacia y prescripción inadecuada en el medio residencial geriátrico



F. Uriz<sup>a</sup>, M.A. Arizcuren<sup>b</sup>, Y. Burguete<sup>c</sup>, L. Leache<sup>b</sup>, A. Arizcuren<sup>c</sup>, V. Malafarina<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Hospital San Juan de Dios, Pamplona, España

<sup>b</sup> Residencia Landazábal, Burlada, Navarra, España

<sup>c</sup> Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona, España

**Objetivo:** Analizar el perfil de persona mayor con polifarmacia, los factores relacionados, y la prescripción inadecuada en una unidad residencial

**Método:** Estudio transversal, observacional, descriptivo de los usuarios ingresados en la Residencia Landazábal. Se obtienen variables: demográficas, médicas (síndromes geriátricos y patologías prevalentes), cognitivas (MEC, GDS Reisberg) y funcionales (Barthel) y marcha (Tinetti). Se define polifarmacia como el consumo mayor de 5 fármacos durante más de 30 días. Se define el tipo de prescripción inadecuada según los criterios validados STOPP-START. Analizamos la asociación entre variables cuantitativas-cuantitativas mediante test U Mann-Whitney y la t de Student; la asociación entre las variables cuantitativas: coeficiente de Pearson o de Spearman. Análisis estadístico: programa STATA<sup>®</sup> 13.0.

**Resultados:** 175 usuarios, edad  $84 \pm 5,6$  años, 71% mujeres, Barthel  $35 \pm 10$ , alto riesgo caída Tinetti 15 (0-28). La mitad (55%) presentan un deterioro cognitivo moderado (GDS 4-5). La polifarmacia está presente en el 74% de los pacientes, con un consumo  $8 \pm 3,6$  medicamentos por paciente. Las patologías más prevalentes: osteoarticular 72%, neurológica 70% (demencias 68%), cardiovascular 58%. Los factores relacionados con el número de medicamentos consumidos fueron la situación funcional: Barthel ( $\rho: 0,192$ ;  $p=0,015$ ) y cognitiva: MEC ( $\rho: 0,325$ ;  $p<0,001$ ). No se obtuvo relación con otros parámetros como la edad, síndromes geriátricos y el riesgo de caída ( $p<0,05$ ). El único factor relacionado

con la presencia o no de polifarmacia fue la situación cognitiva MEC ( $p=0,042$ ). Un 20% del total de los tratamientos son prescripciones inadecuadas: 200 son STOPP y 142 START. Los criterios STOPP más prevalentes corresponden al sistema nervioso cerebral (35%) en relación a fármacos que aumentan el riesgo de caída (neurolepticos y benzodiazepinas), sistema cardiovascular (22%), analgesia (12%). Los criterios START más frecuentes corresponden al sistema cardiovascular (41%, anticoagulación en fibrilación auricular), musculoesquelético (36,9%) y endocrino (12%).

**Conclusiones:** El perfil de nuestro residente es el de mujer, edad avanzada, con deterioro funcional-cognitivo y alto riesgo de caída.

La polifarmacia es frecuente en nuestro medio, relacionándose con la situación cognitiva y funcional de nuestros mayores.

Un alto porcentaje de las prescripciones inadecuadas corresponde al uso de fármacos que aumentan el riesgo de caída (neurolepticos y benzodiazepinas) y a la no indicación de anticoagulación profiláctica cardioembólica.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.269>

### PC-124

#### Uso de recursos sanitarios en la población geriátrica



P.L. Carrillo García, D. Padrón Guillen, L. Bermejo García, B. Carballido de Miguel, M. Vigara García, L. Guardado Fuentes, P. Gil Gregorio.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

**Objetivo:** Describir el fenotipo clínico y funcional de los pacientes mayores no institucionalizados y el uso de recursos sanitarios.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo.

- Criterios de inclusión: pacientes  $>75$  años atendidos en consultas de geriatría durante el periodo de septiembre de 2017 a diciembre de 2017. Se excluyen pacientes con deterioro cognitivo (GDS 6-7) y funcional (Barthel  $<40$ ) severo.
- Se recogen datos sociodemográficos, funcionales (índice de Barthel, índice de Lawton), comorbilidad (CIRS-G). Uso de recursos sanitarios 6 meses anteriores: urgencias, especialistas y atención primaria. Se define una variable según el uso de recursos sanitarios ( $\leq 4$ , menor uso;  $\geq 5$ , mayor uso).
- Se realiza un análisis descriptivo de la muestra y un análisis bivariable comparando los grupos de menor o mayor uso de recursos. SPSS v. 23.

**Resultados:**  $n=101$ . Edad media 84,3 años (DE: 4,6), 60,4% mujeres.

- Funcional: Barthel 93,5 puntos (DE 12,6), Lawton 5,7 (DE 2,5). El 72,3% no presenta deterioro cognitivo diagnosticado.
- Comorbilidad: CIRS-G medio 6,05 (DE 3,2).
- Uso de recursos: 66,3% 1 visita a MAP, 27,7% 1 visita a urgencias y 84,2% a algún especialista. El 64,4% se realizó alguna prueba complementaria.

Análisis bivariable: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos respecto a sexo o situación civil.

La población  $>85$  años, con menor nivel de estudios y sin deterioro cognitivo diagnosticado, usa más recursos sanitarios ( $p=0,015$ ,  $p=0,04$  y  $p<0,01$ ).

Se observa una tendencia a mayor uso cuando mayor comorbilidad, pero no diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,10$ ).